



**SOLICITUD DE INGRESO
CURSO DE SONIDO**



Enviar a:
Instituto CanZion Valencia
Calle Humanista Mariner 19
46018, Valencia España

FECHA: ____ / ____ / _____

MODALIDAD:

CURSO BASICO DE SONIDO

DATOS ALUMNO.

APELLIDOS: _____ **NOMBRE:** _____

DNI: _____ **FECH. NACIMIENTO** ____/____/____ **MOV:** _____

DIRECCION: _____ **LOCALIDAD** _____

NOMBRE DE LA IGLESIA: _____

NOMBRE DEL PASTOR: _____ **MOVIL:** _____

RECOMENDACIÓN PASTORAL: Por medio de la siguiente firma recomiendo a la persona arriba citada para poder realizar el curso básico de sonido en Instituto canZion Valencia.

Firma

DATOS PADRE, MADRE, TUTÓR O ENCARGADO SI ES MENOR DE EDAD.

APELLIDOS: _____ **NOMBRE:** _____

DNI: _____ **FECH. NACIMIENTO** ____/____/____ **TEL:** _____

DIRECCION: _____ **LOCALIDAD** _____

Por medio de la presente doy autorización a mi hijo/a _____

a realizar el curso basico de sonido en ICZ Valencia.

Firma